
دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

التغطية الصحية بين إشكاليات التطبيق وإكراهات المحيط

د. سعد الركراكي
باحث في القانون العام

سأتعرض من خلال هذه المقالة والمتعلقة بمجال دقيق وشائك يُطرح في مغرب اليوم، ألا وهو مجال التغطية الصحية، إلى أهم الإشكاليات التي تواجه تطبيق القانون 65.00 على أرض الواقع، وإلى أسباب التعثر، وإكراهات المحيط في محاولة متواضعة مني للإسهام في رسم آفاق متقدمة لهذا المشروع المجتمعي الحضاري، والذي لا محالة سيحكم مغرب المستقبل خاصة في القطاع الصحي.

وهكذا، سأحاول من خلال هذا البحث، الإجابة على كوكبة من الأسئلة التالية، سعيت إلى حصرها في أربع أساسية، وهي:

1. لماذا تأخر العمل بالمدونة المصادق عليها في أكتوبر 2002 إلى حدود شتنبر 2005؟
2. لماذا كان من الضروري التوقيع على ميثاق تفعيل مدونة التغطية الصحية الأساسية في 4 يناير 2005، في حين كان من المفروض بداية العمل بها انطلاقا من فاتح يناير 2005؟
3. لماذا كل هذا التأخير الزمني في صدور المراسيم التطبيقية (لم تصدر إلا في 18 يوليوز 2005)؟
4. هل كانت المراسيم التطبيقية منسجمة مع روح ونص القانون 65.00؟

بعد هذا، سأنتقل لتحليل إكراهات المحيط بحيث لا يمكن التقدم في هذا المشروع دون إيلاء الاهتمام اللازم، لإكراهات المقاولة المغربية والمهنيين والهيآت المدبرة علاوة على إكراهات النسيج الاقتصادي المغربي بحكم طبيعته.

وفي نهاية هذه المقالة، سأحاول رسم الآفاق فيما يتعلق الأول بضرورة تفعيل مقتضيات 65.00 حتى يرتقي إلى مرتكزات السياسة العامة الضرورية، كل هذا في إطار منظور شمولي للإصلاح المرجو في المجال الصحي، ومجال التغطية الصحية بالخصوص.

المبحث الأول
إشكاليات التطبيق

بعـد فتـرة إعداد وتهييء استغرقت خمسة عشر سنـة، وبالضبط منذ سنة 1988 ضمن مخطط سنوات 1988-1992 وإلـى حـدود أكتوبـر 2002 تاريخ نشر القانـون 65.00 بالجريدة الرسميـة، وهي الفترة التي عرفت حوارا صعبا، ومخاضا عسيرا، دخلت مدونة التغطية الصحية صعوبات جديدة.

لقـد كان مـن المفترض أن يبدأ العمـل بمقتضيات قانون التأمين الإجبـاري الأساسي عن المرض في فاتـح يناير2005، إلا أنه تـم التأجيل إلى غشت 2005، ومع اقتراب حلول هذا الموعد لا شيء كان يوحي بعـزم الحكومـة على تفعيله، مما جعل العديد من وسائل الإعلام الوطنية وجمعيات مهنيي الصحة تخرج عن صمتها إزاء هذا التعثر.

وهكذا عبر رئيس الرابطة الوطنية للأطباء والطب الحر في استجواب صحفي على اعتقاده بأن التغطية الصحيـة لـن تكون جاهزة في غشت 2005، إذ أن الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض والتي كان يجب أن تكون فاعلة في سنة 2004، لم تكن قد رأت النور بعد (1).

كمـا أنـه وقبل تسعة أشهر من دخول التأمين الإجباري الأساسي عـن المرض حيز التنفيذ، فإن أيا من المراسيم التطبيقية لم تكن قد هيأت بعد، وحينها تساءلت صحيفة وطنية مستقلة: «هل يتعلق الأمر بحلم لن يتحقق وهل بالإمكان الانطلاق في الآجال المقررة ؟ (2).

ولاحظـت نفس الصحيفـة أن لائحـة الأدوية لم تحـدد، كما هو الشـأن بخصوص نسـب اشتراك المنخرطيـن فـي التأميـن الإجباري عن المرضـ وأن الدراسات لازالـت قيد التهيـيء، وأن الاقتراحات ستتطلـب مزيدا من الوقت للمناقشة في إطار الحوار الاجتماعي، وأن تكاليف التأمين الإجباري وتمويله لا يمكن تقديرها إلا على وجه التقريب.

وبالفعـل فقـد صدقت التطورات تحليل المهنييـن والصحافة، بحيث تم تأجيـل العمل بالمدونة إلى حدود شتنبـر2005 كبداية لتحصيل الاشتراكات، ومارس 2006 كموعد لبداية تحصيل التكاليف الصحية المقررة للمنخرطين الجدد.

إلا أن مسلسـل التعثـر لـن يتوقف عند حد التأجيـلات المتوالية، ذلك أن النصوصـ التطبيقية جاءت متناقضة في الكثير من جوانبها مع مواد مدونة التغطية الصحية الأساسية ومع المبادئ القائمة عليها.

ولعـل إحـدى أبرز الإشكاليات التي يعرفها التشريع في المغرب، ترجع إلى عدم اعتبار واضع القانون للشـروط الاقتصادية والاجتماعية والسياسية للبلاد، ممـا يجعل السلطة التنظيمية في حيرة من أمرها متى تطلب الأمر منها أجرأة القوانين وصياغتها صياغة عملية.

القانـون 65.00 لم يسلم بدوره مـن هذه الإشكالية إذ جاءت العديد من الإجـراءات التطبيقية مناقضة لروح القانون، أو لنصه، أو لهما معا.

---

(1) « Interview de D[r] Saîd Ben Mansour, Président de l'ANMSL », *Aujourd'hui le Maroc*, le 26/04/2005.

(2) Belouas Aziza, « L'AMO : un fiasco avant l'heure », *la Vie Economique*, le 29 mars 2004

المطلب الأول

بعض مظاهر اختلال النظام القانوني

الفرع الأول: مفهوم التدرج وسلة العلاجات

مفهوم التدرج

يأخذ مفهوم التدرج في مدونة التغطية الصحية الأساسية مدلولا خاصا ومحددا، فهو يعني بالرجوع إلى الديباجة: «العمل تدريجيا على توسيع قاعدة التأمين ليشمل جميع المواطنين بمختلف شرائحهم الاجتماعية».

إلا أن مفهوم التدرج سيتخذ منحى آخر مختلف تمام الإختلاف عن المفهوم الأصلي، بحيث لم يعد يعني قاعدة المؤمنين كما جاء في نص القانون، بل أريد له أن يعني سلة العلاجات، في اتجاه تقليصها، كما جاء ذلك في توضيح «للوزير الأول الأسبق»، إدريس جطو، خلال مراسم التوقيع على ميثاق تفعيل مدونة التغطية الصحية الأساسية في 4 يناير 2005 بمدينة أكادير، إذ صرح أنه حصل توافق حول ضرورة اعتماد مبدإ التطبيق التدريجي لهذا النظام، بشكل يكفل ديمومته، ويسمح بتوسيع متواصل لفائدة المؤمنين ولسلة الخدمات مع الحفاظ الدائم على التوازنات المالية، كما جاء في مداخلة مدير الصندوق الوطني لضمان الاجتماعي وهو يؤكد على ضرورة التقدم بخطوات محسوبة من أجل إنجاز جميع المراحل بعناية حتى يتم وقوف النظام الجديد على أسس متينة (3).

تحديد الخدمات الصحية

إن الاستعمال المحدث لمفهوم التدرج، في اتجاه تقليص الخدمات الصحية، كان بالإمكان رده إلى مجال الاجتهاد، لولا أن الأمر لا يتعلق بتناقض صارخ مع أحكام المادة السابعة من المدونة، والتي جاء فيها بصريح العبارة : «يضمن التأمين الإجباري الأساسي عن المرض للمؤمنين ولأفراد عائلتهم المتكفل بهم، أيا كان النظام الذي ينتمون إليه، تغطية المخاطر ومصاريف الخدمات الطبية الناجمة عن مرض أو حادثة أو ولادة أو تأهيل طبي عضوي أو وظيفي، وتبقى الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية خاضعة للنصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بها».

هكذا، يلاحظ أن المشرع لم يستثن من التغطية الصحية سوى حوادث الشغل والأمراض المهنية، هذا دون إغفال الاستثناء الذي يهم عمليات الجراحة التجميلية، وما يصطلح عليه بالطب الموازي كما جاء في أحكام المادة الثامنة.

---

(3) Abbar Rachid,« La couverture médicale débattue par les lions », *Aujourd'hui le Maroc*, le 30 janvier 2006. http : // www. Aujourd'hui. ma/ société – details 43258- ht ml.

وهكـذا، وضـدا علـى مقتضيات المادتيـن السابعة والثامنة مـن القانون 65.00، سيتـم الاتـفاق بين الحكومـة والفرقاء الاجتماعيين على سلة علاجـات مقلصة بالنسبة لأجراء القطاع الخاص التابعين لنظام الصنـدوق الوطنـي للضمان الاجتماعي، تم اختصارهـا في أربع خدمات أساسية وهـي: تتبع المرأة أثناء فترتـي الحمل والولادة وتتبع صحة الطفل إلى حين بلوغه 12 سنة والاستشفاء والأمراض المزمنة الطويلة الأمد (41 مرضا).

هذا علما أن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لا يتحمل تكاليف الأمراض المزمنة إلا بعد دراسة ملـف المريضـ والمصادقة عليه من طرف لجنة تابعة له. كذلك لا يكفي أن يكون الداء مزمنا، إذ لابد أن يكون على قدر من الخطورة حتى يتم تحمله، فداء السكري وارتفاع الضغط الدموي مثلا، لا يتم تحمل نفقاتهما إلا في الحالات المتقدمة (4).

الاتفاق المشار إليه أعلاه تم خارج القانون، باعتبار تحديد أن الخدمات الصحية المعوض عنها ميدانا تشريعيـا بحكمه، كما كان البرلمان المغربي بغرفتيه (مجلس النواب ومجلس المستشارين) قد أكد على ذلـك، أثنـاء دراسة والمصادقة على مشروع القانون 65.00 سواء تعلـق الأمر بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض أو بنظام المساعدة الطبية.

وفـي هـذا الإطار، قـرر مجلس النـواب حذف الفقـرة الأخيرة من المـادة السابعة التـي جاءت في المشـروع الحكومي والتي كانت تنص على إمكانية تغييـر أو تتميم لائحة الخدمات المضمونة في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بموجب مرسوم.

وقرر مجلس المستشارين بدوره حذف الفقرة الأخيرة من أحكام المادة 121 من مشروع الحكومة، التـي كانـت تنص على أن يكون التحديد بنص تنظيمي لقائمة الخدمات المقدمة في إطار نظام المساعدة الطبيـة لفائـدة السكان المعوزين، التي يجب في شأنها موافقـة مسبقة من الإدارة، قبل تحمل مصاريفها، نظرا لارتفاع ثمنها أو لطبيعة التكنولوجيا (5).

إلا أنه يجذر بنا أن نذكر بأن سلة العلاجات هذه قد تم توسيعها.

الفرع الثاني: تسعيرة الدواء واللائحة الوطنية للجزئيات المعوض عنها

استثنـت المـادة 12 من مدونة التغطيـة الصحية الأساسيـة، الأدوية من الخضـوع لأي اتفاق أو نص تنظيمي، واعتبرت أن التعريفة المرجعية الوطنية هي الثمن العمومي، لما يتعلق الأمر بالأدوية.

إلا أنـه تـم تحديد لائحة للأدوية لـن يتم التعويض إلا على قاعدتها من حيـث النوع، كما قرر اعتماد الدواء الجنيس الأبخس ثمنا (6).

---

(4) « Les non dits quant à l'étendue de la couverture », *la Vie Economique* du 24/02/2006.

(5) د. عبد الكريم بنيس، عضو لجنة إعداد التغطية الصحية، ندوة جريدة الاتحاد الاشتراكي، العدد 8207، بتاريخ 2006/3/29.

(6) Arrêté du ministre de la santé n° 2517-05 du 30 Chaâbane 1426 (septembre 2005), fixant la liste des médicaments admis au remboursement au titre de l'AMO de base et la liste des médicaments donnant droit à l'exonération totale ou partielle des fraix restant à la charge de bénéficiaire, *B.O.*, n° 5384 du 05/01/2006.

وهكذا، حددت وزارة الصحة 170 جزئية قابلة للتعويض، علما بأن المنظمة العالمية للصحة اعتمدت 400 جزئية أساسية.

وليس المعنى بالجزيئة هنا La molécule دواء معينا، بل المكون الكيميائي للدواء، إذ أن كل دواء مكون من جزئية معينة، وقد تكون له مجموعة من النماذج الجنيسة Génériques التي تختلف وتتباين من حيث العدد، ومن أجل أن يتم التعويض وجب أن يكون الدواء مكونا من جزئية موجودة في اللائحة الوطنية (وهي لائحة قابلة للتغيير متى ارتأت وزارة الصحة ذلك وهو ما تم بالفعل على مراحل)، ويكون قدر التعويض على أساس النموذج الجنيس Le générique الأقل كلفة، علما بأن ثمن الدواء الأصلي قد يضاعف ثمن النموذج الجنيسي في بعض الحالات مرتين أو أكثر.

وكنتيجة مباشرة لانعدام مجموعة من الجزئيات في اللائحة الوزارية الأولية أصبحت الأمراض المزمنة بدورها تشكو من ضعف التغطية، وإلا فكيف كان يمكن تدبير آلام السرطان، لما نعلم أنه من بين مضادات الألم التي لم يتم إدراج سوى الأسبرين ضمن هذه اللائحة الأولية.

وهكذا، فقد كان المعطي النجمي، الأستاذ الباحث ورئيس أقسام التخدير والإنعاش في المعهد الوطني للسرطان، والخبير في الآلام، قد عبر عن اندهاشه بهذا الشأن، خصوصا وأن المغرب - كما صرح بذلك - قد صادق على اتفاقية لعلاج الآلام بواسطة مضاداته، وخاصة منها مشتقات المورفين، وأن هذه الاتفاقية تحدد الإجراءات الواجب اتخاذها من أجل مواجهة الآلام وبخاصة لدى مرضى السرطان. ومن أسباب القلق حسب نفس الخبير، أن الجزئيات الموجودة على لائحة المنظمة العالمية للصحة لا توجد على اللائحة المغربية.

وفي هذا الشأن، أعرب الخبير المغربي على ضرورة تعويض هذه الأدوية، خصوصا وأنها غير مكلفة من حيث الثمن (7).

هكذا وفي حين كان المنخرطون في الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي يطمحون للحصول على المزيد من المكتسبات، فقد شكلت إجراءات تفعيل المدونة تراجعا على مكتسباتهم إذ كانوا فيما مضى يعوضون على جميع الأدوية، أصلية كانت أو جنيسة.

ومن المنتظر أن تكون للائحة الوطنية للأدوية آثار عميقة على صناعة الأدوية في بلادنا المعروفة بأهمية الاستثمارات الوطنية والدولية الموظفة فيها في هذا الميدان، وهنا يأتي تساؤل أنور فنيش (8) عن الكيفية التي ستتعامل بها الشركات المتعددة الجنسية المنتجة للأدوية الأصلية عندما تعلم أن التعويض سيكون على أساس الأدوية الجنيسة، فحسب السيد فنيش، فإنها ستكون أمام أحد خيارين، فإما أن تغادر

(7) « Médicaments antidouleur : les Grands oubliés de l'AMO », *l'Economiste* le 02/03/2006.

(8) أنور فنيش، «التأمين الاجباري ومستقبل الصحة بالمغرب»، ندوة جريدة الاتحاد الاشتراكي، عدد 8307، بتاريخ 30 مارس 2006.

المغـرب، علما بـأن العديد من الدول تتمنـى إحتضانها، أو أن تدخل في مفاوضـات تكون من نتائجها النقص في جودة الأدوية والقضاء على الشركات الوطنية.

ويـرى السيد فنيشـ، أن هناك توازنا بين الشركات المتعددة الجنسيـة، والشركات الوطنية، وأن كل منهما يجد نفسه داخل سوق الأدوية بالمغرب، ومن ثم فهو يرى بضرورة الحفاظ على الصناعة الدوائية، بدءا من الصيادلة ووصولا إلى الصناعيين.

الفرع الثالث : حرية اختيار الطبيب والمؤسسة الصحية والصيدلي

تنص أحكام المادة 14 من المدونة : «يحتفظ المستفيد من نظام التأمين الإجباري الأساس عن المرض بحريـة اختيـار الطبيب المعالج والمؤسسة الصحيـة والصيدلي وعند الاقتضاء الإطـار شبه الطبي ومورد الأجهزة التعويضية، والأدوات الطبية الواردة في الوصفة الطبية، مع مراعاة الإجراءات الضبطية المحددة في هذا القانون والنصوص المتخذة لتطبيقه، بناء على اقتراح من الوكالة الوطنية للتأمين الصحي».

أما بخصوص التطبيق العملي لهذه المادة، فثمة ملاحظتين:

الملاحظة الأولى : في القطاع العام

يصعـب تفعيل هذه المادة في المستشفيات، فممارسـة الأطباء محكومة بلوائح إدارية تفرضها طبيعة الممارسـة داخل هذه المؤسسات، وهذا ليس صحيح بالنسبة للمغرب فقط، بل وبالنسبة للدول الأخرى كذلك.

الملاحظة الثانية : في القطاع الخاص

صحيح أن ممارسة الطب في القطاع الخاص تخضع لمبدأ حرية اختيار الطبيب، والمؤسسة الصحية، وإلى غير ذلك مما جاء في أحكام المادة 140 المشار إليها أعلاه، ويتعلق الأمر بمبدأ عام تنص عليه مدونات السلوك والأخلاق الطبية. إلا أنه لا معنى لحرية غير مكفولة بموجب اتفاقيات تلزم جميع الفرقاء.

الفرع الرابع: نقض مبادئ التضامن وعدم التمييز

التمييز في الولـوج للعـلاج

بالرجوع إلى مقتضيات القانـون 65.00، نجـد أنه لا يحـق للمستفيدين من نظـام المساعـدة الاجتماعيـة الاستفادة من الخدمات المؤداة خارج القطاع الصحي العام (المادة 123)، كما أنه لا يجـوز التحمل الكلي أو الجزئي لفائدتهم إلا إذا كانت الخـدمات موصوفة ومقدمة داخل التراب الوطـني (المادة 124) مما يعتبر مسا صريحا بمبدأ المساواة في الولوج للعلاج الذي طالما أكد عليه هذا النص التشريعي.

تحديد سقف الاشتراكات ونقض مبدإ التضامن الوطني

تعتبـر الاشتـراكات أهم مـوارد التأمين الإجبـاري الأساسي عـن المرض (المـادة 45) ويحدد وعاء اشتـراكات المؤمنيـن من لدن كل نظـام للتأمين الإجبـاري الأساسي عن المرض حسـب نظام الأجور، وطبيعـة الدخـل بالنسبة لغير المأجور (المـادة 46) ويتم احتساب نسبة الاشتـراك بكيفية تضمن التوازن بالنسبة لكل نظام للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض (المادة 47).

وتحـدد نسبة الاشتراك بالنسبـة لكل نظام ولكل فئة من المؤمنين بمرسوم بناء على اقتراح من الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، وفي حالة عدم وجود توازن مالي، يتم تعديل نسبة الاشتراك طبقا لنفس الشروط بعد استشارة الفرقاء الاجتماعيين (المادة 48).

ومعلـوم أن المدونـة لـم تتطـرق في أي من موادهـا إلى ما يشيـر إلى نية المشرع فـي تحديد سقف للاشتراكات.

إلا أن المرسـوم 2.05.735 الصـادر في 11 من جمادى الآخرة 1426 (18 يوليوز 2005) نص في مادتيه الأولى والثانية على أن الحد الأدنى للمبلغ الشهري للإشتراك سواء بالنسبة للمأجورين في القطاع العام أو بالنسبة لأصحاب المعاشات التابعين لهذا القطاع، لا يمكن أن يقل عن 70 درهما ولا يزيد حده الأقصى عن 400 درهما.

ومعناه أن يتعين على أصحاب الدخل الذي يقل عن 2800 درهما، دفع مشاركة شهرية تفوق 2,5 %، في حين تقل نسبة المشاركة عن 2,5 % بالنسبة لذوي الرواتب العليا التي تفوق 16000 درهم:

إن مبـادئ التضامن والمساهمـة التي شكلت حجر الزاوية بالنسبة لمدونـة التغطية الصحية الأساسية تقتضـي التخلـي عن فكرة «سقف الاشتراكات» لتناقضها مع مبـدإ التضامن الوطني علما أن نسبة 2,5 % المعمـول بهـا تبقى بسيطة بالنسبة لكبار الموظفين، إذا مـا قورنت بالنسبة المطلوبة في العديد من الدول الأخرى.

إن الـدول التـي كسبت رهان التأمين عن المرض، لم تتساهل في هذا الشـأن، لأن مبدأ التضامن غير قابل للتقسيط، خصوصا لما يتعلق الأمر بتحد مجتمعي من هذا الحجم.

التمييز بين المنخرطين في الهيآت المدبرة المختلفة

وهكـذا فقد تـم التمييز بين فئتي المنخرطين فـي الصندوق الوطني لمنظمـات الاحتياط الاجتماعي والمنخرطين في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على عدة مستويات.

نسبة التعويض

بالرجــوع إلى المراسيم التطبيقيــة والمتعلقة بنسب تغطية الخـدمـات الطبية، يمكننا الوقوف على مجموعة من مظاهر التمييز، نلاحظها في الجدول المركب التالي الذي استقيته من المراسيم التطبيقية.

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مرسوم 2-05-737 (18 يوليوز 2005)	الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مرسوم 2-05-736 (18 يوليوز 2005)	الهيئة المؤمنة والمرسوم المحدد الخدمة
70 % وحصرا على : • أمراض الأطفال إلى 12 سنة • المرأة أثناء الحمل والولادة • الاستشفاء لائحة 41 مرضا	90 % من التعريفة الوطنية المرجعية	• الطب العام • التخصصات الطبية • الجراحة • الأعمال شبه طبية
القطاع الخاص 70 % القطاع العام 90 % 90 % بالنسبة للعلاجات الباهضة الثمن أو الخطيرة أو الطويلة الأمد من التعريفة المرجعية	القطاع الخاص 90 % القطاع العام 100 في تصل إلى 100 % المائة بالنسبة للعلاجات الباهضة الثمن من التعريفة المرجعية	• الاستشفاء • والعمليات الجراحية بما فيها الجراحة التعويضية • والدم ومشتقاته ذات العمر القصير
....	المبالغ الجزافية المحددة في التعريفة المرجعية الوطنية	•النظارات الطبية • الآلات الطبية • أدوات الانغراس الطبي الضرورية للأعمال الطبية والجراحية
....	80 % من التعريفة الوطنية	• علاجات الفم والأسنان
	المبالغ الجزافية المحددة في التعريفة المرجعية الوطنية	• تقويم الأسنان اللازم طبيا للأطفال

سلة الخدمات

وقد تم تحديدها بالنسبة للمنخرطين في نظام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في خدمات الاستشفاءو إستشارات الطفل إلى حدود سن 12 سنة وتتنع المرأة أثناء الحمل والولادة، والتكفل بـ 41 مرض مزمن فقط.

هـذا في حين يستمـر المنخرطون في الصنـدوق الوطني لمنظمات الاحتيـاط الاجتماعي في التمتع بالتعويضـ علـى جميـع الخدمات وفق مبدإ الحقـوق المكتسبة، عدا ما جاء من استثنـاءات في المادتين السابعة والثامنة (9).

أثنـاء التقاعـد

الصنـدوق الوطنـي للضمـان الاجتماعـي: ترتفع مساهمة الأجيـر من 2 إلى 4 % بعـد حصوله على التقاعد.

الصنـــدوق الوطنـي لمنظمات الاحتيـاط الاجتماعي: تبقى مساهمــة المنخرط مستقـرة في قيمتها الأصلية 2,5 % رغم توقف الدولة عن دفع مساهمتها.

إن اعتمـاد التمييز بين المنخرطين في التأميـن الأساسي الإجباري عن المرض مناقض لمبدإ المساواة والإنصاف الذي جاء في مدونة التغطية الصحية الأساسية.

المطلب الثاني

غياب تفعيل مبادئ المدونة في اتجاه تأهيل القطاع العام

شكل صدور مدونة التغطية الصحية الأساسية فرصة مواتية للعمل على تأهيل المستشفيات العمومية، تأسيسا على مبادئ التي قامت عليها المدونة.

طرح مسألة التمويل على أسس جديدة

أولا، المبـادئ التـي قامت عليها المدونة، إذ جاء في الديباجـة أن ضمان المساواة وتحقيق الإنصاف بالنسبـة لجميـع السكان في مجال الاستفادة من الخدمات الطبية، يمثل إحدى أولويات الدولة في مجال الصحة.

هـذه الأولويـة أصبحت تشكل موضوع توافق وطني يتماشى مع المتغيرات الدولية، وذلك باعتبارها أداة فعالـة من أدوات تحقيق العدالة الاجتماعية ومحاربة الفوارق وضمان الاستفادة من الخدمات الطبية النوعية لفائدة جميع الشرائح الاجتماعية.

ثانيـا، لأول مـرة يتم طرح مسألة التمويـل على أسس جديدة من شأنها ضمـان انطلاقة جديدة للنظام الصحي ببلادنا.

(9) NB : Au cours de l'année 2009, le Conseil des Ministres a entériné l'approbation du décret portant extension du panier de soins CNSS aux prestations en ambulatoire, à l'exclusion du dentaire qui fera l'objet d'une étude dans ce sens et d'une décision avant fin 2012.

إن تأهيل المستشفيات والقطاع الصحي العام على وجه العموم مسألة تفرضها ضرورات وقيم المساواة والإنصاف ومحاربة الفوارق الإجتماعية، ذلك أن تاريخ تشييد المستشفيات بالمغرب في عهد الحماية، ارتبط بمفهوم طب المعوزين La médecine des indigents في حين كانت خدمات القطاع الخاص من نصيب الميسورين، ولم يكن الأمر يتعلق بمفهوم فرنسي للطب، بل بمفهوم فرنسا الاستعمارية لممارسة الطب في مستعمراتها.

وهكذا، فبالرجوع إلى المرسوم رقم 2.05.736 الصادر في 11 من جمادى الآخرة 1426 (18 يوليوز2005) المتعلق بتحديد نسبة تغطية الخدمات الطبية التي يتحملها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، نجد أن المادة 2 تنص على أن نسبة التغطية تهم 90 % من التعريفة المرجعية الوطنية بالنسبة للإستشفاء والعمليات الجراحية في القطاع الخاص، و100 % عندما تتم الخدمات في المستشفيات العمومية، أو في المؤسسات العمومية للصحة، أو في المصالح الصحية التابعة للدولة.

وتنص المادة 2 من المرسوم رقم 2.05.737 الصادر في 11 من جمادى الآخرة 1426 (18 يوليوز 2005) والمتعلق بتحديد نسب تغطية الخدمات الطبية التي يتحملها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض على: «تحديد نسبة تغطية مجموع الخدمات الواردة في المادة الأولى أعلاه في 70 % من التعريفة المرجعية الوطنية المحددة وفقا للمادة 12 من القانون 65.00 المشار إليه أعلاه».

وترفع هذه النسبة إلى 90 % في حالة الأمراض الخطيرة أو الأمراض التي تترتب عنها عجز يتطلب علاجا طويل الأمد أو تلك التي تكون تكاليف علاجها باهضة الثمن، وذلك عندما تقدم الخدمات المتعلقة بها بالمستشفيات العمومية، وبالمؤسسات العمومية للصحة، والمصالح الصحية التابعة للدولة.

المهم في الإشارة إلى هذين المرسومين، ما يلاحظ فيهما من ارتفاع لنسبة التغطية كلما تعلق الأمر بالخدمات الطبية في المستشفيات العمومية أو في المؤسسات العمومية للصحة، وذلك على خلفية زهد تكاليفها بهذه المؤسسات، مما يعني بأننا ما زلنا نمارس الطب بأكثر من سرعة، مستمرين في نهج منطق طب المعوزين وطب الميسورين الموروثين على نظام الحماية، والحال أن القيم التي قامت عليها المدونة لم تعد تسمح بهذا التقسيم، الذي كان من الممكن أن يجد تبريره فيما مضى، في أسلوب تمويل الصحة وإكراهاته.

فإذا كان شعار «مجانية العلاج» قد هيمن في بداية الإستقلال إذ تبنته الدولة مع الملك الراحل محمد الخامس في سنة 1959 تاريخ إنعقاد المناظرة الوطنية للصحة، ورفعته الحركة الوطنية، السياسية والاجتماعية، كان قد أطر المجتمع والدولة بخصوص المسألة الصحة، فإن مجريات الأمور، وخصوصا مع بلوغ الأزمة ذروتها على إثر المخلفات الاجتماعية السلبية لسياسة التقويم الهيكلي، قد أدت إلى إجماع وطني فيما يخص ضرورة إعادة النظر في مسألة التمويل والتي أصبحت تتطلب النهوض على قيم جديدة سبق وأن تطرقنا إليها.

لــم يعد الأمر يتحمل تلك العلاقة المعيبــة القائمة بين قطاعي الصحة العام والخاص، إذ المفروض أن تكون هناك علاقة تكامل بين القطاعين، ولما لا علاقة تنافس في بعض الحالات.

وحتــى تقوم المستشفيات بدورها وتكون في مستوى التنافس المطلوب والذي من شأنه أن يرفع من مستــوى خدماتهــا، فيلزم أن يتم تجهزها بأحدث الأجهزة وأثقلها، وكذلك العمل على الرفع من مستوى صحنهــا التقني (مركبات جراحية، مصالح المستعجــلات، مصالح التشخيص بالأشعة والمختبرات...) والعمل من أجل أن تلعب دورها المفترض في مجال البحث العلمي.

ومعلــوم أن الاستشفاء في المستشفيات والمؤسســات العمومية في الدول المتقدمة، يكلف أكثر مما تتطلبــه المصحــات الخاصة (فرنسا نموذجا)، بحيث تفضل الهيــآت المدبرة للتأمين أن يلجأ منخرطوها إلى القطاع الخاص عند الإستشفاء، ذلك أن مبرر وجود المستشفيات العمومية عندهم مرتبط بالمستوى العالي للتجهيزات، وبمتطلبات البحث العلمي مما يرفع من كلفتها.

وخلاصــة الأمر، فإن المبادئ التي قامت عليهــا المدونة تتنافى مع النظرة الدونية للمستشفيات، التي لا يمكن الكلام على إصلاح حقيقي للنظام الصحي دونما الرفع من مستوى تأهيلها.

المبحث الثاني
المؤسسات والفئات الواقعة خارج المنظومة الصحية

السمــاح لبعض المؤمنين بعــدم الالتحاق بمدونــة التغطية الصحيــة الأساسية لمــدة خمس سنوات قابلــة للتجديد والاحتفــاظ بتأمينهم الأصلي، أبقى قطاعات هامة خارج منطــق التضامن الوطني ووحدة التغطيــة الصحيــة الأساسيــة، وهكــذا، فــإن تعاضديــة مكتب استغــلال الموانــئ هي الوحيــدة من بين تعاضديــات المؤسســات العمومية التــي اختارت الانخراط فــي الصندوق الوطنــي لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (10).

ومــن بيــن التعاضديات التي بقيــت خارج المنظومــة: تعاضدية شغيلــة الصندوق الوطنــي للتضامن الاجتماعي، تعاضدية الشركــة الملكية للطيران وتعاضدية المكتب الوطني للسكك الحديدية وتعاضدية البنك المركزي الشعبي.

ومن بين الأنظمة الداخلية التي بقيت خارج المنظومة: النظام الداخلي لبنك المغرب والنظام الداخلي لمقــاولات توزيــع الكهربــاء بالمغرب والنظام الداخلــي المكتب الشريف للفوسفــاط (علما بأن العمال النشطين في المكتب الشريف للفوسفاط معفون من المساهمة في التأمين الاجتماعي) (11).

(10) Mémoire pour l'obtention du DESS droit réalisé par Khadija Zehaf, Université Mohammed V, Rabat, année 2006.
(11) *Op. cit.*

وبصفة عامة، فإن تغطية العاملين بالمؤسسات والمقاولات العمومية قد تكون أفضل من التغطية التي يتيحها الانتماء إلى تعاضديات القطاع العام أو تكون تحت تأثير لوبيات اعتادت على إستغلال صناديق الحماية الإجتماعية، وهذا ما يفسر بقاءها خارج التدبير الجديد للتغطية الصحية الأساسية بالمغرب.

لقد جعلت المدونة من نظام التأمين عن المرض بالنسبة للعمال المستقلين وأصحاب المهن الحرة وقدماء المحاربين وجيش التحرير والطلبة نظاما إجباريا خاضعا لمبدأ التأمين الاجتماعي.

كما جاء في المدونة أن أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لهذه الشرائح تخضع لتشريعات خاصة، فبينما كان المتتبعون والمعنيون ينتظرون صدور هذه التشريعات إذا بهم يتلقون خبر عقد اتفاقيات بالنسبة لقدماء المحاربين وجيش والتحرير (مع شركة السعادة)، وبالنسبة للعمال المستقلين وأصحاب المهن الحرة (عناية). يتعلق الأمر بانحراف على فلسفة ومقتضيات المدونة للاعتبارات التالية:

جدول 3

تأمين العمال المستقلين وأصحاب المهن الحرة «عناية »

تأمين قدماء المحاربين وجيش التحرير

الممارسة	القانون 65.00
تم توقيع اتفاقية بدل صدور التشريع	تصدر تشريعات خاصة بهذه الفئات في إطار مبدأ التدرج
طبيعة التأمين = اختياري	طبيعة التأمين = إجباري
مبدأ التأمين الخاص: الربح	مبدأ التأمين الاجتماعي: التضامن والمساهمة حسب الأجر

أمام عجز التأمين الإجباري الأساسي عن المرض على استيعاب هذه الشرائح ومن أجل رفع الضغط على نظام المساعدة الطبية لفائدة السكان المعوزين، تم عقد اتفاقيات خارج إطار المدونة وإسناد شأن تدبير التغطية الصحية للخواص.

المبحث الثالث

إكراهات المحيط

لقد جاء التمويل الجديد المقترح للنظام الصحي في المغرب، بتوزيع جديد للمسؤوليات بين مختلف الفاعلين، ومن ثم ضرورة الوقوف الموضوعي على الإكراهات التي تواجههم جميعا، وبالتالي على التحديات المطروح تجاوزها من أجل إنجاح هذا المشروع الاجتماعي الحضاري.

ويهمنا هنا دراسة إكراهات المقاولة المغربية وأنظمة التأمين ومهنيي الصحة علاوة على إكراهات واقع المغرب الاقتصادي.

المطلب الأول

إكراهات المقاولة المغربية

علاقــة بمتطلبــات العولمــة وتحريــر الاقتصــاد (12)، أصبح على المقاولــة المغربية رفــع العديد من التحديــات، مــوازاة مع مساهمتها في الاستثمــار وتنمية الشغل في مناخ يتســم بالكثير من المستجدات المفروضة في هذا العالم الجديد، نذكر منها هنا على سبيل الاستئناس لا الحصر:

- اتفاقية الشراكة مع الاتحاد الأوروبي.
- اتفاقية التبادل الحر مع الولايات المتحدة الأمريكية (13).
- التوزيع الجديد للعمل على الصعيد العالمي.
- التنافسية مع الدول المتبنية للأجور الدنيا.

ومــن المؤكــد أن رئيسة لجنة المقاولة والعلاقــات المهنية بالاتحاد العام لمقــاولات المغرب كانت تعــي هــذه الإكراهات، وهي تصرح أن المقاولة المغربية وقعت على نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرضــ بــكل مسؤولية، بالرغم من أن هذا خلق لها مشاكل مهمــة في خضم المناخ الحالي الذي يعيشه المغرب، مناخ التنافسية والانفتاح وكذلك التوقيع على مجموعة من الاتفاقيات الدولية سواء مع الولايات المتحدة الأمريكية أو الاتحاد الأوربي (14).

وعلــى ذكر الفاعل الاقتصادي، يجدر بنا التنبه إلــى اتساع رقعة الاقتصاد غير المهيكل، الذي يشكل 30 إلــى 40 % مــن الاقتصاد المغربي، والذي يضع شغيلة هذا القطــاع غير معنية بالتغطية الصحية ويجعل أربابه خارج نطاق التضامن الوطني. والإقتصاد غير المهيكل يمثل بخصوصياته هذه منافسة غير مشروعة وإســاءة كبــرى إلــى المقاولة المواطنة إضافة إلى أنــه يشكل عقبة أساسية لتعميــم التغطية الصحية في ظل فلسفة المنظومة الصحية المغربية القائمة على التأمين الإجتماعي بالنسبة لفئة المأجورين.

المطلب الثاني

إكراهات أنظمة التأمين

ينصــ القانــون 65.00 على أن تحدد نسبة المشاركة بشكل يضمــن التوازن المالي، في حين أن قطاع التأميــن عن المرض مــن القطاعات المعروفة بعجزها التقليدي، وزيادة علــى الإكراهات المعلومة سلفا، هناك مجموعة من الإكراهات تخص كل واحدة من الأنظمة المدبرة على حدة.

---

(12) هانس بيترمان، «فخ العولمة»، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.

(13) أحمد المومني، «اتفاقية التبادل الحر بين المغرب والولايات المتحدة الأمريكية»، أطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام، كلية الحقوق، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، فاس، السنة الجامعية: 2010–2011، ص. 326–327.

(14) عائشة الداودي ستيتو، مداخلة في ندوة : «التأمين الصحي الإجباري ومستقبل الصحة بالمغرب»، جريدة الاتحاد الاشتراكي، عدد 8208 بتاريخ 2006/03/30.

الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

ارتفاع نسبة المتقاعدين وضخامة تكلفتهم

قبــل دخول القانون 65.00، كان المتقاعدون في هذا النظام يشكلون 10 % من مجموع المنخرطين، وكان استهلاكهم مرتفعا نسبيا يصل إلى 30 % من مصاريف الصندوق. وحيث أن الدولة تتحلل نهائيا من أداء مساهمتها على المنخرط حالما وصل مرحلة التقاعد، بما يعني أن المساهمة الإجمالية عن المنخرط تنخفض إلــى نصف ما كانت عليه قبل التقاعد بالنسبة لهذه الفئــة. نخلص إلى أن المتقاعد يستهلك ستة أضعاف قدر مساهمته مقارنة بالمنخرطين النشطاء.

يتعلــق الأمــر إذن بإشــكال أصبح يُطرح بحدة أكثــر بعد تفعيل القانون 65.00 حيــز، ذلك أن إجبارية التأميــن فرضت التحــاق 110.000 متقاعــدا جديدا (15) أضيفوا إلــى المتقاعدين السابقيــن والذين كان عددهــم 78.000 متقاعــدا سابقا، أي بزيادة 140 % لهذه الفئة المستهلكة فوق العادة. هذا علما أن التطور الديموغرافي في المغرب يتسم بتحولات عميقة، ومن ضمنها ظهور شيخوخة مهمة في هرم الساكنة التي هي متقدمة مقارنة ببعض الدول العربية والإفريقية وأقل تهديدا مقارنة ببعض الدول الغربية من قبيل فرنسا وألمانيــا، وإذا أضفنا إلى هذا المعطــى، عامل ضعف التشغيل في الوظيفة العمومية، نعي جيدا التحديات المطروحــة على هــذه الهيئة والانعكاسات السلبيــة المتجلية في اختلال التــوازن المالي لغياب مساهمة المشغــل من جهــة بالنسبة للمتقاعديــن وضعف نسبــة المنخرطين الأقل عرضة لخطــر المرض لضعف التشغيل من جهة أخرى.

نسبــة الاشتراكات دون مستوى خلاصات الدراســات الاكتوارية، فحسب السيد عدنان عبد العزيز، مديــر الصندوق الوطنــي لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، فإن هذه الدراســات كانت قد خلصت إلى أن نسبة الاشتراك كان يجب أن تكون كانطلاقة بنسبة 5,6 % في سنة 2005 وتنتقل إلى نسبة 6 % سنة 2006، ولكن الذي تم تحديده في الأخير مع 70 درهما كحد أدنى، و400 درهما كسقف.

عجز بعض المشغلين على أداء مساهمتهم، كما هي حالة الجماعات المحلية بالنظر للصعوبات المالية التي تعرفها، مما يؤثر على مداخيل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

كانــت الدراسات الاكتوارية قد خلصت إلــى أن المساهمة المشتركة بين المشغل والأجير في حدود 6 % لن تسمح بتغطية إلا في حدود 50 إلى60 % من تكاليف الخدمات الصحية، وفي هذا الصدد، كنا قد تطرقنا فيما سبق لإكراهات المقاولة، أما بالنسبة للأجير، فلسنا بحاجة إلى كثير من الجهد لإعطاء الدليل على محدودية الأجور وعدم إمكانية اللجوء إلى اقتطاعات أكبر.

(15) عدنان عبد العزيز، مدير الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، ندوة جريدة الاتحاد الاشتراكي، 2006/03/29.

وحيث أن المادة 114 من المدونة، سمحت لذوي الأجور العليا المتوفرة على تأمين اختياري في الإبقاء على انخراطهم السابق لمدة خمس سنوات قابلة للتجديد، فقد تم إفراغ نظام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من أي معنى لمبدأي المساهمة والتعاضد، بتقسيمه عمليا إلى نظامين غير متكافئين للتأمين:

- نظام تابع للقطاع الخاص (شركات التأمين)، ويهم ذوي الدخل المرتفع والأجور العليا.
- نظام تابع للقطاع العام (الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)، أغلبية أعضائه من ذوي الدخل المحدود.

ولسنا بحاجة إلى عناء كبير لتبيان انعكاس هذا الوضع على نوعية الخدمات المقدمة لهاتين الشريحتين وما يطبعهما من تمييز.

المطلب الثالث

الإكراهات المرتبطة بالواقع المغربي

بداية هناك هزالة الأجور مع ارتفاع لكلفة الخدمات الصحية يتجاوز ارتفاع ثمن المعيشة.

كذلك هناك إشكالية عدم القدرة على تحقيق الضبط والمراقبة المطلوبين لحماية المنظومة الصحية من العاهات الاجتماعية المستشرية في المغرب من قبيل الرشوة والزبونية وغيرها من أنواع وأشكال الفساد (16) في غياب ما يؤشر على رغبة أكيدة لإرساء قواعد الشفافية والحكامة (17)، اللهم إذا استثنينا بعض النصوص القانونية التي ستبقى حبرا على ورق إذا لم تتوفر الإرادة والآليات لتفعيلها.

ومن مظاهر عجز تدبير التأمين الإجتماعي، هيمنة التدبير المركزي الذي طالما أثر سلبا على وتيرة دراسة الملفات وسرعة اتخاذ القرار، إنه الإكراه الذي يعيه جيدا مسيرو الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، الذين انطلقوا في تعيين ممثلين لهم في العديد من الجهات والأقاليم كما سبق أن واعد بذلك مدير الهيئة في برنامج تلفزيوني بالقناة الثانية في 2006/4/5.

يعتبر المغرب من الدول ذات الدخل الضعيف والتي تفتقد إلى التجانس على مستويات عدة منها الوبائي والموارد والطبيعة الهشة للإقتصاد الذي يعرف ظاهرة الإقتصاد الغير مهيكل... ويرى بعض الخبراء، أنه لما تكون الساكنة على قدر من التفاوت يصبح تجزيء العلاجات الطبية ونظام التأمين من الأمور الفاضحة.

(16) مؤشر يرتب 158 دولة من الدول الأقل ارتشاء (إيسلندا) إلى الدول الأكثر ارتشاء (تشاد وبنغلاديش)، بينما يحتل المغرب المرتبة 78 وتونس الصف 43، نقلا عن مجلة *Arabiss*، مارس 2006، العدد 227؛ آخر التقارير المنجزة من طرف الدولة حول الرشوة، جعلت الصحة من القطاعات الأكثر إصابة بداء الرشوة.

(17) فرح المرزوقي، الحكامة المالية ودورها في التنمية، رسالة لنيل الماستر في القانون العام، كلية الحقوق بطنجة، جامعة عبد المالك السعدي بتطوان، السنة الجامعية 2010-2011، ص. 20-27.

يعتقد درور دافيد، العامل بالمكتب الدولي للشغل بسويسرا أن اختيار «الإجبار» ليس بالاختيار الواعد بالنسبة للتغطية الشاملة (18)، فالحكومات حسب هذا الخبير لابد وأن تتحمل جزءا من مسؤولية تحسين شروط عيش مواطنيها لما تنعدم الشروط المتعارف عليها من أجل تطبيق التأمين عن المرض في إطار التغطية الشاملة، كما هو عليه الشأن اليوم في العديد من الدول. وتستطيع الحكومات تشجيع توسيع التغطية بدعم الهيآت المؤمنة وجعلها تكتسب المهنية اللازمة.

ومن الإكراهات التي تشكل تحديا كبيرا أمام تطبيق أي إصلاح لمنظومة الصحة ضعف البنيات الصحية العمومية وافتقارها إلى التجهيزات اللازمة.

وإذا كانت المستشفيات توفر 80 % من الطاقة الاستيعابية للمرضى على مستوى عدد الأسرة (التقرير الوطني للتنمية البشرية)، فهي لا تتوفر سوى على 20 % من التجهيزات الطبية اللازمة، ومن الطبيعي إذن أن يؤثر هذا الواقع على فعالية مؤسسات الاستشفاء وقدرتها على الاستجابة لمتطلبات المرضى في العلاج.

وفي هذا المجال، يشير تقرير 50 سنة من التنمية البشرية وآفاق سنة 2025 إلى أزمة المستشفى العمومي الذي يعاني من التدني بسبب عوامل مرتبطة بالإهمال الذي لحقه منذ مدة طويلة، ومن ضعف التنافس الذي يجعل القطاع الخاص أكثر جاذبية للأسر ذات الإمكانات المادية. وقد أدى هذا التدني إلى فقدان المستشفى العمومي لمصداقيته لدى السكان، وإلى تلاشي ثقتهم فيه، وفي المقابل، فقد أفضى تأخر تطبيق إصلاح المستشفيات إلى ازدياد حدة المشاكل التي تعاني منها والمرتبطة أساسا بالتسيير وجودة الوسائل.

ويمثل المستشفى العمومي قرابة 80 % من طاقة الأسرة الاستيعابية على المستوى الوطني، ويعتمد يالأساس على ميزانية الدولة (حوالي 5 % من موارد التأمين عن المرض) وغالبا ما تكون هذه التبعية مرادفة للتقسيط وحاجزا لترشيد تدبير المستشفيات.

يضاف إلى هذه المشاكل البنيوية، المشاكل الاجتماعية والسياسية والظرفية الإقتصادية الصعبة التي يمكن الوقوف على آخر مستجداتها، كما يتجلى من العدد الخاص الذي أصدرته جريدة لوموند اليومية الفرنسية حول «حصيلة العالم 2005 - أطلس 173 دولة»، والذي تعرضت فيه بخصوص المغرب لمجموعة من الحقائق ومنها تأثير ارتفاع فاتورة النفط وتراجع في المحصول الفلاحي نتيجة سنوات الجفاف (50 %) مما أثر سلبا على الناتج الداخلي الخام في بلد يعتمد أساسا على الفلاحة ضعف نمو الناتج الداخلي الخام الذي لم يتجاوز نسبة 1,8 % في حين أن المغرب في حاجة إلى نمو يصل إلى 6 % على الأقل حتى يستطيع مكافحة الفقر وتنمية سوق الشغل. وقد حذر البنك العالمي المغرب من آثار هذا الجمود، الذي إذا استمر على هذا الحال، فسيؤدي إلى استقرار الفقر والإقصاء والتوترات الإجتماعية ومشاكل عدة يصعب تدبيرها (19).

(18) Dror David, « Vers une protection sociale généralisée », Conférence international de l'IAM.

(19) مشكل الفقر كان في قلب الحوار الوطني في ماي 2005، مع انطلاق «المبادرة الوطنية للتنمية البشرية»، والذي خصص غلاف مليار يورو لـ 300 جماعة قروية وأحياء الصفيح.

Bilan 2005 – Atlas 173 pays, *le Monde*, mai 2006, p. 77-88.

وقد كان لإغراق السوق الأوروبية بالبضائع الصينية، تأثيرا سلبيا على الإنتاج المتوسطي وبخاصة منه الإنتاج المغربي. وحسب حصيلة شبه رسمية، فقد تم تسريح 75.000 عاملا وإقفال العديد من الوحدات الصناعية بعدد من المدن المغربية تأتي في مقدمتها الدار البيضاء، سلا وطنجة.

وإن من الإكراهات، ما يعيق تطور تطبيق النظام الصحي ويعيق تعميمه على فئات لم تستفد بعد من النصوص التشريعية، كما هو الحال بالنسبة لقطاعي التجارة والصناعة التقليدية، إذ رغم أن العديد من المنتمين إليهما مسجلون في الباتانتا ويتوفرون على مدخول قار، فإن مداخيلهم لا تكفيهم أحيانا حتى لتسديد النفقات الثابتة الشاملة للإيجار والأجور، وبالتالي لا ولن يستطيعوا أداء واجب الانخراط بالنظام الخاص بهم، ويصبح من الضروري إدماجهم في نظام المساعدة الطبية (20). في غياب تنظيم حرفي ملائم يرمي إلى الرفع من مداخيل كل الذين يمكن إدماجهم في القطاع المهيكل.

واليوم يعاني المغرب من تداعيات الأزمة المالية العالمية التي اندلعت في خريف 2008 وعصفت بالعديد من اقتصاديات دول الإتحاد الأوربي وفي مقدمتها كل من اليونان وإيطاليا وإسبانيا والبرتغال وهي تهدد اقتصاديات ببعث جديد لسياسة التقويم الهيكلي.

المطلب الرابع

إكراهات مهنيي الصحة

لقد عبر المهنيون في أكثر من مناسبة على استعدادهم للقيام بما يتعين من أجل إنجاح مدونة التغطية الصحية الأساسية، كمشروع مجتمعي، وقد كانوا أول من نظم ندوة حول الولوج إلى العلاج، ووجهوا نداءا من أجل تعميم التغطية الطبية في بلادنا في سنة 1985.

إلا أن التعريفة الوطنية المقترحة وقائمة الأدوية القابلة للتعويض التي وضعتها وزارة الصحة وهي تحاول تفعيل مقتضيات المدونة أسفرت على العديد من ردود الفعل، تأسيسا على مبادئ ومعطيات من ضمنها:

- لا يمكن أن يتم تعميم التغطية الصحية على حساب جودة الخدمات؛
- أن أخلاق المهنة وسلوكياتها تشكل خطا أحمر. فالوصفة الطبية يجب أن تتلاءم مع التطور العلمي ومصلحة المريض، وليس مع قائمة الأدوية القابلة للتعويض؛
- عدم استيعاب المهنيين لاقتراح الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي CNOPS لتعريفة أدنى مما كان معمولا به في إطار الاتفاقية السابقة بين هذه الهيئة وهيئة الأطباء، والتي وقعت قبل 14 سنة (التراجع عن المكتسبات)؛
- الاستغراب من تسعيرة الاستشفاء في أقسام الإنعاش: «900 درهما» لليوم بهذه الأقسام تعنى بكل تأكيد الحكم بإفلاسها؛
- أن تكاليف العلاج تعرف ارتفاعا.

(20) التغطية الصحية في قطاعي التجارة الداخلية والصناعة التقليدية، الاتحاد الاشتراكي، العدد 8142، 12 يناير 2006.

وإكراهــات مهنيي الصحة، قد تكون كذلــك على علاقة بمسؤوليتهم المدنيــة العقدية أو التقصيرية، فعــلاوة علــى ما يدخل فــي إطار إخلال الطبيب بالواجبــات الإنسانية، هناك الأخطاء فــي تقنية الطب أو الأخطــاء الفنيــة (21)، التي وإن كانت صعبــة التحديد وعسيرة الإثبات فهي تهــم أهم مرحلتين في عمل الطبيب أي التشخيص والعلاج.

لقــد شــكل النقاش المفتوح حــول بروتوكول العلاج، الــذي أطلقته كل من الوكالــة الوطنية للتأمين الصحي وهيئات تدبير ملف التأمين، والذي شكل أحد المحاور الرئيسية للمنتدى الوطني للأطباء المنعقد في 19–21 ماي 2006 بمدينة مراكش، والذي حضره ممثلين عن مختلف الفاعلين. الهيئات المدبرة تريد أن يتم تعويض تكاليف العلاج على أساس هذا البروتوكول المؤشر عليه من طرف الجمعيات العلمية، أما عن الأطباء، فتيار منهم يتشبث بالتوافق العلمي ويرى أن العلاج قد يختلف باختلاف الحالات.

ويهمنا بهذا الخصوص الإشارة في باب الخطأ الطبي في العلاج إلى المبادئ والمعطيات التالية:

– يلتزم الطبيب ببذل عناية يقظة متفقة مع أصول مهنة الطب في العلاج، وعليه مراعاة الحيطة والحذر خلال وصفه للعلاج أو أثناء القيام به (22).
– حرية الطبيب في اختيار طريقة العلاج تمتد لسلطته في اختيار طريقة معينة من بين عدة طرق للعلاج إذا رأى أنها الأكثر ملاءمة لطبيعة المريض ومزاجه، ولا يلزمه رأي الغالبية من أساتذة الطب إذا كان علاجه مبنيا على أسس علمية صحيحة (23).

كما أنه على الطبيب أن يراعي في وصف العلاج حالة المريض وبنيته وقوة احتماله للمواد الكيماوية التــي يحتويها الدواء (24). وقد تعددت أحــكام الفقهاء بشأن اتباع الطبيب للمقتضيات العلمية القارة في العــلاج، وقــد ساق لنــا جيرار ميميتو جملة من هــذه القرارات (25)، فقد قضت محكمــة باريس بتاريخ 1970/7/8، أن العلاج يجب أن يكون مطابقا للمعطيات العلمية الثابتة (أو الحالية)، وأن الجهل بمعطيات أصبحت أساسية يشكل خطأ من جانب الطبيب.

كمــا اعتبــرت محكمــة النقض أن استعمــال طريقة تقنية متجــاوزة وخطيرة، يعد خطــأ (غرفة مدينة أورلــي: 1963/7/9). وكذلــك تحدثت محكمة مونبووليي عن وجــود خطأ في اتباع «رأي طائش لأقلية منشقة» (26).

---

(21) محمد عبد النباوي، المسؤولية المدنية لأطباء القطاع الخاص، مطبعة النجاح الجديدة، الدار البيضاء، 2003، ص. 122.
(22) محمد عبد النباوي، مصدر سابق، ص. 146–156.
(23) عبد الرحيم الشواربي، «مسؤولية الأطباء والصيادلة والمستشفيات»، ص. 220.
(24) محكمة السين، 1920، أنظر منصور، «المسؤولية الطبية»، ص. 47.
(25) جيرار، محمد عبد النباوي، ميميتو، القانون الطبي، بند 675، مصدر سابق، ص.141، ص. 450.
(26) مونبوليي 1954/12/14، جيرار ميميتو، بند 67.

وبعـد مراجعتـه لمقتضيـات القانون ولاجتهـادات المحاكـم ورجـال القانـون، يستخلص محمد عبد النبـاوي أن الطبيب إذا اتبع في العلاج الأعـراف والعادات الطبية المستقرة في الاستعمال، لا يمكن أن ينسب إليه الخطأ. وبالمقابل فإنه يكون مسؤولا إذا سلك طريقة قديمة نبذها العرف الطبي، أو طريقة لم يستقر العمل على تطبيقها من قبل الأطباء (27).

وتعتبـر وصفـة العلاج التي يحررها الطبيب محرك عملية العـلاج، وعادة ما تكون هي الحد الفاصل بيـن التشخيص والعلاج فهي تعكس رأي الطبيـب في الأمرين. وتعتبر الوصفة وثيقـة خطيرة من شأنها إثارة مسؤولية الطبيب وفي أحوال أخرى مسؤولية الصيدلي الذي يسلم الدواء أو مسؤولية الممرضة التي تشـرف على العلاج (28). إن الاقتصار هنـا على الخطأ في العلاج، كان المراد منه أن بروتوكول العلاج إن كان بالإمـكان أن يحكـم علاقة الهيئات المدبرة بالمريض، فإنه لا يمكن أن يشكل مرجعا للطبيب في وصـف الـدواء إلا في إطار ما تسمح به مقتضيات المسؤولية المدنية من جهة وسلوكيات وأخلاق المهنة وآخـر مستجدات التطور العلمي من جهة سلوكيات وأخلاق المهنة وآخر مستجدات التطور العلمي من جهة أخرى.

وهكذا، يجد المهنيون أنفسهم في وضعية صعبة، لا يستطيعون فيها مجاراة التعريفة الوطنية لمشروع تمتلكهم كامل الإرادة للدفع به وإنجاحه.

خاتمة

وسط هذه الإكراهات، يبقى المواطن المغربي المعرض للمرض هو الخاسر الأكبر، ومن المؤسف أن لا يكـون المواطنون المغاربة المعنيون الأولون بالتغطية الصحية، حاضرون في المناقشات والمفاوضات الجاريـة بين مهنيي الصحة والهيئات المدبرة لملف التأمين الإجباري، وبهذا الخصوص، يتم التساؤل في أوساط وسائل الإعلام عن غياب جمعيات المستهلكين رغم ضعفها وقلتها في النسيج المجتمعي المغربي مقابل نماذج من الجمعيات المماثلة لها في دول الاتحاد الأوربي من قبيل فرنسا وألمانيا وأنجلترا (29).

فمتـى سنتجـاوز هـذه العراقيل وتلك الإكراهـات المطروحة، خاصـة إذا ما علمنـا أن الصحة بكل تفاصيلهـا الدقيقـة غدت حقا دستوريا مضمونا، وذلك طبقا لأحكام الدستور المغربي المستفتى عليه في فاتح يوليوز 2011.

لقـد كان مهندسـو المشروع الحكومي للتغطية الصحية الأساسيـة أكثر واقعية من نواب ومستشاري غرفتـي البرلمـان الذين فضلوا الظهور بمظهر القريب من ناخبيهم ولو علـى حساب الآمال المعلقة على مشروع اجتماعي وحيوي على هذا القدر من الأهمية.

(27) محمد عبد النباوي، مرجع سابق، ص. 149.

(28) محمد عبد النباوي، مرجع سابق، ص. 149.

(29) Amal Daoud, «Tarification AMO = négociations au point mort », *l'Economiste*, 24, 25, 26/3/2006.

ومـع ذلـك، فلابد من الآن ونحـن نخوض في أغوار المنظومـة الصحية المغربية أن نقـر بأن دراسة الموضـوع تتطلـب أكثر من مقاربـة ولا يمكن حصرها في نص قانوني مهما كانـت أهميته وبأن الإلمام بالإشكاليات والإكراهات يتيح لنا معرفة أكبر بالموضوع وبالعمل تجاوز المعيقات.

لملامسـة الموضـوع، سيتعين علينا لاحقـا الإجابة على العديد من الأسئلة، ومنهـا على سبيل المثال لا الحصـر: الاقتصاد غير المهيكل، الحكامة والديمقراطية التشاركية، السياسات العمومية ودور الدولة، القطاع العام وعلاقته بالقطاع الخاص، التشريع والمحيط، مفاهيم العدالة الإجتماعية والتضامن.

لـن يكـون بوسعنـا التعامـل مـع الموضـوع كمجـرد مسألـة تقنيـة بـل هو أعمـق من ذلـك وهو ما سيكـون موضـوع مقالات لاحقة، أتمنى من خلالهـا المساهمة في النقاش الذي تـلا المصادقة على القانون 65.00.